

Termo de Adesão ao Convênio de Reciprocidade/Cooperativas Unimed

Eu, _____ matrícula: _____
E-mail: _____ Telefone: _____ cadastrado no
plano: _____, venho requerer minha inscrição e do meu grupo familiar no convênio:

1. () Convênio de reciprocidade Cassi
2. () Convênio de reciprocidade Cabesp
3. () Cooperativa Unimed
Na Cidade _____ Estado _____, conforme comprovantes de endereço anexos.

OBS: Assinalar apenas uma opção.

Dependentes:

Nome	Data de nascimento	Parentesco	Nº. Cartão Nacional Saúde (CNS)

Justifique o motivo de sua solicitação:

- () Funcionário com residência fixa fora do Estado de São Paulo
() Funcionário com residência fixa na área de abrangência da Cabesp ou Cooperativa Unimed
() Dependente com residência fixa fora do Estado de São Paulo
() Dependente com residência fixa na área de abrangência da Cabesp ou Cooperativa Unimed
() Exceção, em caráter provisório, devido a problemas com a rede própria do Economus (paralisação, ou ausência de especialidade), com prazo a ser determinado pelo Economus

OBS: Encaminhar comprovação de residência fixa no município informado acima.

Termo de Responsabilidade

Condições para elegibilidade ao convênio de reciprocidade:

1. Funcionários (ativos ou aposentados) e grupo familiar com residência fixa comprovada na área de abrangência¹ do convênio de reciprocidade;
2. Funcionários ativos lotados na área de abrangência do convênio de reciprocidade;
3. Dependentes com residência fixa na área de abrangência do convênio de reciprocidade.

Condições de atendimento no convênio de reciprocidade:

1. Inscrição nas empresas que atuam nas áreas de abrangência do convênio de reciprocidade;
2. Atendimento restrito à área de abrangência do convênio de reciprocidade;
3. Apresentação da carteira de identificação e documento com foto legível.

Penalidades previstas para utilização indevida:

A não devolução da(s) carteira(s) de identificação dos participantes do plano e/ou utilização indevida, obriga o titular ao ressarcimento integral e imediato dos gastos efetuados, sujeitando-o também a exclusão do titular e seus dependentes, conforme previsto nos regulamentos dos planos médicos.

Declaração de Conhecimento:

Declaro possuir conhecimento das condições de elegibilidade e atendimento, e que as referidas carteiras deverão ser devolvidas em caso de perda da elegibilidade. Declaro estar ciente de que o convênio de reciprocidade será utilizado por mim e/ou dependentes, apenas enquanto estivermos residindo ou transitando na região de abrangência do convênio de reciprocidade. Assumo total responsabilidade em caso de utilização fora destas condições.

Local e Data

Assinatura do Titular

2

Uso Economus:

OBS: GEAPS – ATEND: _____ Data: _____

OBS: GEAPS – DICRE: _____ Data: _____

1 Área de abrangência do convênio de reciprocidade: Refere-se às regiões em que não há recursos médico-hospitalares credenciados diretamente ao Economus.